

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 7

FRÉQUENCE

DANS LES TROUPES NOIRES

DES CAS DE

LÈPRE SANS BACILLES DÉCELABLES

(A propos des cas observés à l'Hôpital Sainte-Anne de Toulon)



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Novembre 1925

PAR

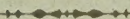
Marcel-Théodore-Jean ESCARTEFIGUE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-MANDRIER (Var), le 29 septembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LE DANTEC, professeur.....	<i>Président.</i>
		CRUCHET, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		CABANNES, agrégé.....	
		LEURET, agrégé.....	



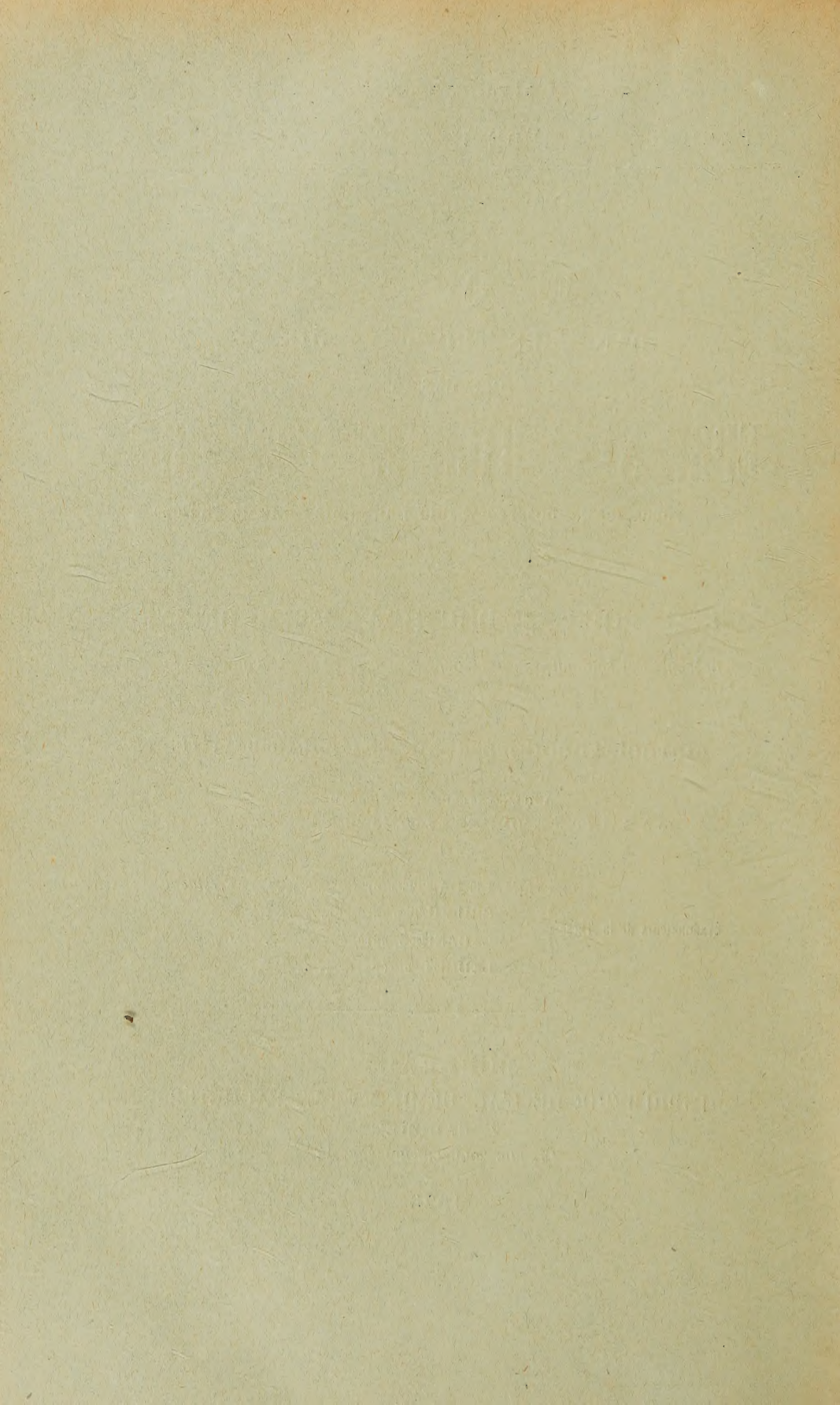
BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 7

FRÉQUENCE
DANS LES TROUPES NOIRES
DES CAS DE
LÈPRE SANS BACILLES DÉCELABLES

(A propos des cas observés à l'Hôpital Sainte-Anne de Toulon)



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Novembre 1925

PAR

Marcel-Théodore-Jean ESCARTEFIGUE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAINT-MANDRIER (Var), le 29 septembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LE DANTEC, professeur.....	<i>Président.</i>
		CRUCHET, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		CABANNES, agrégé.....	
		LEURET, agrégé.....	



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Physiologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Hygiène.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Médecine légale et déontologie.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires...	DUVERGEY.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Chimie.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
Botanique et matière médicale.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Pharmacie.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.

Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.

Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Dont le pieux souvenir reste ineffaçable
dans mon cœur.

A MON PÈRE

Hommage de ma filiale affection.

A MON FRÈRE — A MA SOEUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

Hommage de mon affectueuse reconnaissance.

A MA MARRAINE

MADemoiselle LE Docteur G. T.

A MON PARRAIN

LE Docteur L. I.

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ, DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES

*Chargé du cours complémentaire d'ophtalmologie,
Oculiste des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur.
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DANTEC

*Professeur de médecine coloniale et de clinique des maladies exotiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

A l'heure où s'achèvent nos études classiques de médecine, qu'il nous soit permis de dire notre gratitude à tous ceux qui voulurent bien faciliter notre tâche.

Tout d'abord, à M. le professeur Le Dantec, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Son accueil toujours si bienveillant, ses conseils si pleins d'érudition, de bonté et de sagesse nous ont été d'un grand secours. En lui dédiant aujourd'hui ce modeste ouvrage, nous sollicitons son indulgence, espérant bientôt nous rendre plus digne d'un pareil maître.

Nous prions aussi M. le professeur agrégé Cabannes de croire à notre profonde reconnaissance pour les nombreux et judicieux conseils qu'il a bien voulu nous donner pendant notre séjour comme externe dans son service.

Nous adressons l'expression de notre très vive et très affectueuse reconnaissance à M. le docteur Esquier, médecin de 1^{re} classe de la Marine, chef de clinique de dermatologie et de syphiligraphie à l'Hôpital maritime de Toulon, pour l'intérêt et l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner. Nous n'oublierons jamais sa bonté à notre égard, non plus que les nombreux conseils qu'il nous prodigua à tout instant et particulièrement à l'occasion de cette thèse qu'il nous inspira. Nous sommes heureux de pouvoir l'assurer de notre inaltérable et profonde amitié.

Que nos remerciements aillent aussi à M. le médecin principal

de la Marine Busquet, qui nous facilita grandement notre tâche.

Adressons enfin à nos maîtres d'autrefois, à ceux de l'École annexe de médecine navale de Toulon, à ceux de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux, à ceux de l'École principale de médecine navale, l'hommage ému de notre reconnaissante gratitude.

A tous, merci.

FRÉQUENCE

DANS LES TROUPES NOIRES

DES CAS DE

LÈPRE SANS BACILLES DÉCELABLES

(A propos des cas observés à l'Hôpital Sainte-Anne de Toulon)

INTRODUCTION

Au cours de nos vacances scolaires, ayant eu l'occasion maintes fois de nous rendre à l'Hôpital Sainte-Anne de Toulon, et particulièrement dans les services de dermatologie et de syphiligraphie, nous avons été frappé par le nombre relativement considérable de lépreux (17 cas).

Ceux-ci étaient pour la plupart de jeunes recrues coloniales qui, après quelques mois passés à la caserne ou dans diverses formations militaires, étaient envoyés à l'hôpital, porteurs de manifestations pathologiques, peut-être soupçonnées lépreuses par le médecin de la caserne, mais jamais diagnostiquées affirmativement.

Grâce à l'amabilité de MM. Busquet, médecin principal de la Marine, chef du service, et Esquier, médecin de 1^{re} classe, chef de clinique, nous eûmes toutes les facilités pour les examiner.

Et nous sommes parvenu, grâce à leur compétence indiscutable, à faire le diagnostic de lèpre, diagnostic clinique évident, mais pas toujours confirmé par le laboratoire. Déjà, au cours de la III^e Conférence internationale de la lèpre, tenue à Strasbourg en 1923, divers auteurs ont été frappés par la fréquence des cas de lèpre indiscutables, dans lesquels le laboratoire n'a jamais pu déceler la présence de bacilles. Ils ont émis le désir de prolonger la recherche de ces cas. Nous apportons pour notre part, dans notre thèse, 17 observations dans lesquelles 5 seulement ont un diagnostic bactériologiquement confirmé, et 12 autres dans lesquelles, malgré tous les procédés employés, le laboratoire n'a jamais trouvé le bacille de Hansen.

M. le docteur Esquier pensa qu'il y avait là matière à un sujet de thèse. En effet, nous nous trouvions en face de malades, lépreux avérés, qui étaient presque tous en pleine évolution de leur affection morbide, et par là même inaptes au service militaire. Or, bien certainement, ces indigènes étaient malades avant leur incorporation.

Nous avons pris, aussi méticuleusement que possible, leurs observations cliniques, et nous avons fait faire par le laboratoire les recherches que nous jugions nécessaires pour édifier nos diagnostics.

Dans l'exposition de notre thèse, nous suivrons l'ordre ci-après :

- Chapitre premier : Recrutement des troupes indigènes ;
 - Chapitre II : Dépistage de la lèpre ;
 - Chapitre III : Observations cliniques ;
 - Chapitre IV : Commentaires des observations cliniques.
-

CHAPITRE PREMIER

Recrutement des troupes indigènes.

Il semblerait tout d'abord que le recrutement de nos troupes indigènes dût se faire suivant la méthode appliquée en France pour l'engagement et le choix des hommes qui composent notre armée métropolitaine. Exception faite pour les trois bureaux de recrutement de l'Algérie, d'un bureau dans chacune des îles de la Réunion, de la Guadeloupe et de la Martinique, et d'un bureau spécial existant aussi à Tunis, il n'en est pas ainsi.

Si l'on songe, en effet, à l'étendue si vaste de notre domaine colonial (à peu près 6 millions de mètres carrés) et à la population qui, quoique nombreuse (48 millions d'habitants environ), affecte cependant une densité relativement minime (8 habitants au kilomètre carré); si l'on considère, en outre, la variété infinie des conditions géographiques, climatiques, qui relèvent de nos territoires coloniaux; si, enfin, on porte attention à la variété des mœurs, des coutumes, des idiomes, des langues, des lois tributaires, du nombre des races qui peuplent ces territoires, on se rend compte des difficultés énormes qui s'opposent à l'établissement d'une méthode de recrutement unique et parfaite. En réalité, il n'y pas de circonscriptions militaires proprement dites.

Il suffit, en effet, de jeter un coup d'œil sur la façon dont on procède pour faire rentrer les impôts dans nos colonies, pour saisir les difficultés que nos agents financiers rencontrent, dues aux pouvoirs discrétionnaires des chefs de tribus, que seuls l'appât d'une ristourne alléchante et la crainte de représailles rangent à nos côtés.

Il en est de même pour le recrutement des hommes. Les médecins de l'armée coloniale se partagent l'ensemble du territoire, et chacun d'eux a la direction sanitaire d'un district d'une étendue toujours importante. Au milieu d'embarras de toutes sortes, obligés de surmonter des difficultés sans nombre, le médecin, et l'administrateur qui l'accompagne, se rendent de villages en villages et exigent du chef de la tribu une quantité de jeunes hommes proportionnelle à l'importance de la population. Une prime d'engagement leur est d'ailleurs remise. Mais elle sera vite dépensée et presque toujours sans profit.

Les hommes choisis par le chef sont soumis à un examen toujours rapide, et par là même incomplet, de la part du médecin. Celui-ci, en effet, a la tâche complexe d'éliminer les vrais malades, de dépister les maquillages des hommes qui désirent être écartés du contingent et de refuser les impotents dont les chefs de tribus voudraient bien se débarrasser. Le convoi formé se dirige vers un grand centre régional et arrive le plus souvent incomplet à cause des désertions en chemin. Quelquefois on constate l'adjonction d'hommes malades qui, bénévolement, ont remplacé en cours de route des camarades bien portants, ceux-là certains d'être relâchés après enquête médicale établie.

Une fois arrivés à destination, ces hommes sont examinés à fond, tant au point de vue général qu'au point de vue des maladies particulières propres au territoire d'où ils proviennent. Parmi celles-ci, la lèpre est l'objet d'une surveillance étroite. Le nombre des lépreux est encore considérable dans nos colonies et les tribus où la lèpre a le moins diminué sont celles où la malpropreté corporelle est la plus marquée et où l'alcoolisme règne en maître. Dans d'autres, au contraire, la lèpre semble en décroissance.

Dans sa thèse de 1920, notre camarade Jean Cussec, médecin de la marine, à propos de « quelques observations de lèpre dans un convoi de rapatriement de noirs Africains », montre la nécessité d'éliminer les lépreux du recrutement des tirailleurs sénégalais. « Il est possible, dit-il, vu la longue durée d'évolution de la maladie, que certains de ces hommes n'aient présenté

au moment où ils ont été recrutés aucun signe de lèpre et qu'ils n'aient vu les symptômes se manifester et la maladie accélérer son évolution que sous l'influence des fatigues, des intempéries, des émotions, des traumatismes auxquels ils ont été soumis pendant leur séjour au front. Mais d'autres présentaient au moment de leur rapatriement des lésions si importantes et des symptômes d'un stade si avancé de la maladie, qu'il est tout à fait improbable qu'ils aient été sains lors du recrutement. Or, il y a des inconvénients très sérieux à ne pas dépister la lèpre dès le recrutement et à laisser entrer dans l'armée des gens atteints de cette maladie. D'abord, leur utilisation comme combattants entraîne des frais considérables pour le pays : primes d'engagement, équipement, transport et, plus tard hospitalisation, tous frais que ne compensent pas les services rendus. Puis, malgré l'incertitude où l'on est encore des modes de contagion de la lèpre, il est de notion courante que le lépreux est susceptible de transmettre, dans certaines conditions, sa maladie à d'autres ; l'encombrement et la promiscuité, qui sont le fait des armées en campagne ou des camps de travailleurs, augmentent la contagiosité des maladies infectieuses et peuvent contribuer à rendre le lépreux plus dangereux pour ses voisins. Il est donc très important de savoir reconnaître la lèpre lors des tournées de recrutement. Le médecin chargé de cette opération dans les pays à endémicité lépreuse doit toujours y penser, il doit toujours s'attacher à éliminer tout lépreux du contingent visité. »

On pourra voir par les exemples suivants combien minutieuses sont ces visites médicales dans les grands centres et combien nombreux sont les cas éliminés.

Thézé rappelle qu'en Guyane les travaux des conseils de revision et de la commission militaire qui examine un certain nombre d'hommes entre 18 et 45 ans paraissent devoir donner finalement un taux de réforme pour lèpre égal ou même un peu supérieur à 1 p. 100.

Frontgous, en 1914, lors d'une visite militaire des revisés, à Cayenne, a écarté pour lèpre 12 des 190 sujets examinés.

En 1913, Ortholan a eu l'occasion d'examiner au moment des visites d'incorporation des classes 1912, 1913, 1914... 225 jeunes gens; parmi eux, 9 étaient atteints de lèpre manifeste.

Sur 39 réformes définitives qui ont été prononcées par Raffin (rapport annuel de 1914), 4 l'ont été pour lèpre, et dans tous les cas les lésions étaient déjà fort avancées.

Enfin, en 1916-1917, les opérations de revision ont entraîné la réforme pour lèpre de 48 sujets sur quelques centaines examinés.

Et cependant des difficultés considérables surgissent. La longue évolution de la maladie, l'absence fréquente de signes cliniques suffisants, les recherches bactériologiques, l'outillage toujours incomplet, enfin la non-constatation fréquente des bacilles font que des porteurs de germes sont souvent méconnus et, par là même, non réformés. Et, par conséquent, malgré une visite médicale rigoureuse, des lépreux avérés réussissent à franchir les barrages médicaux, comme le prouvent les nombreux cas que nous avons rencontrés à l'Hôpital maritime de Toulon, et certainement on pourrait en trouver autant dans les autres hôpitaux de la métropole qui hébergent des coloniaux.

CHAPITRE II

Dépistage de la lèpre.

Nous tenons à avertir le lecteur que nous ne considérons que le dépistage pour le médecin isolé dans la brousse, laissant de côté les divers examens bactériologiques que seuls les grands centres bien outillés peuvent pratiquer.

Le dépistage de la lèpre est si important que, pour plus de clarté, nous diviserons ce sujet en deux alinéas :

1° Interrogatoire de l'homme et de son entourage ;

2° Les signes purement cliniques.

1° *Interrogatoire de l'homme et de son entourage.* — L'interrogatoire du malade, si nécessaire en France pour étudier les phénomènes qui mettront sur la piste de l'affection recherchée, est ici d'un faible secours. En effet, en raison des vastes territoires où la langue française n'a pas pénétré, les relations des noirs Africains avec la métropole étant à peu près inexistantes, le médecin colonial a besoin d'un interprète. Celui-ci est plus ou moins instruit, capable et intéressé. D'où les difficultés considérables qui surgissent constamment. Et si l'on excepte les habitants des quatre communes du Sénégal, citoyens français connaissant plus ou moins notre langue, nous ne pourrons pour les autres pas tirer grand'chose de l'emploi de l'interrogatoire chez les noirs Africains, même aidé par le « truchman » noir. D'ailleurs, tout le monde sait combien il est difficile de se faire comprendre par les Africains qui habitent en France, même depuis longtemps. Quant à songer à pénétrer par ce

moyen dans le dédale des antécédents, bien hardi est celui qui le tentera avec quelques chances de succès.

S'adressant à l'entourage, le médecin peut être intrigué en présence de femmes qui ne peuvent conserver vivants les enfants qu'elles mettent au monde. Il devra se souvenir que, comme la syphilis, la lèpre est une cause de mortinatalité infantile. La mortinatalité lépreuse revêt un caractère tout à fait spécial qui la distingue absolument de la mortinatalité syphilitique. La syphilis est une maladie *régressive*, où le maximum de l'infection de l'organisme se rencontre au début de la maladie. Cette infection se traduit par des fausses couches de plus en plus tardives, au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'accident primaire, puis par la venue d'enfants mort-nés, puis par la mise au monde d'enfants entachés de syphilis héréditaire.

La lèpre, au contraire, est une maladie *progressive* dont les effets infectieux se font sentir de plus en plus violemment sur l'utérus gravide, amenant d'abord un accouchement à terme d'un enfant mort, puis plus tard un accouchement prématuré, puis enfin des fausses couches de plus en plus précoces dont le terme est la mort de l'ovule dès son expulsion de l'ovaire et, partant, la stérilité.

2° *Les signes purement cliniques.* — Ce sont les seuls qui permettent un diagnostic rapide et suffisant :

a) L'inspection permettra de constater le facies léonin, les mutilations spontanées des doigts..., signes si nets que les noirs font le diagnostic bien avant l'arrivée du médecin ; la présence en divers points du corps de tubercules saillants, à surface lisse ou de taches de couleur plus claire. Les tubercules lépreux siègent de préférence aux points où existe du tissu cellulaire lâche : à la face, sous les sourcils, aux lèvres, aux pommettes, au front, aux paupières et surtout dans le lobule de l'oreille ; aux membres supérieurs sur les mains ; aux membres inférieurs sur les fesses et les pieds. Les taches de dimensions variables, entourées ou non d'un bourrelet saillant, présentent chez les noirs une coloration rose, leur surface est rugueuse et dépolie ;

b) Un des signes les plus caractéristiques de la lèpre est l'anesthésie. La recherche des troubles sensitifs est assez délicate. Pour l'examen des sensibilités thermiques, on utilisera deux tubes à essais remplis d'eau, l'un à la température ordinaire, l'autre d'eau chaude ne dépassant pas 45 degrés centigrades. Pour l'exploration de la sensibilité douloureuse, il faut se servir d'une aiguille bien acérée qui pénètre dans les tissus sans les déprimer. On l'enfoncera dans le derme au niveau de ces lésions cutanées, assez profondément pour provoquer une réaction de retrait due à la douleur. Si cette manœuvre laisse insensible les zones de peau occupées par un tubercule ou par une tache achromique, on peut, du point de vue clinique, en déduire qu'il s'agit de lèpre. Mais en plus de ces points d'élection, il est nécessaire de rechercher les autres localisations anesthésiques. En effet, l'anesthésie symptomatique de la lèpre affecte au début une forme rubanée. Elle occupe au membre supérieur : l'auriculaire (en particulier l'anesthésie de la pointe du petit doigt serait un bon signe du début), le bord cubital de la main et de l'avant-bras ; au membre inférieur, cette anesthésie intéresse le bord interne du pied et du bas de la jambe. Cette anesthésie est toujours plus accentuée aux extrémités qu'à la racine du membre ;

c) Un autre signe, peut-être aussi pathognomonique que l'anesthésie, est l'augmentation de volume des troncs nerveux. De toutes les névrites, en effet, si l'on excepte la névrite hypertrophique familiale, d'une extrême rareté, la névrite lépreuse est la seule qui s'accompagne d'hypertrophie sclérosante. Par la palpation, on recherchera donc dans la gouttière épitrochléolécraniennne le nerf cubital et dans la gouttière malléolaire le nerf tibial postérieur ; on les trouvera augmentés de volume et irréguliers à la période de début de la maladie, quelquefois gros comme un crayon ; de plus, leur palpation en ces points provoque des douleurs intenses sur tout leur trajet. Parfois aussi les branches du plexus cervical superficiel et quelques-uns des filets nerveux qui rampent sous la peau des avant-bras

sont transformés en cordelettes noueuses facilement perceptibles au toucher ;

d) La recherche des troubles trophiques, au niveau des taches, troubles consistant surtout en chute des poils, ne sera pas laissée de côté. Les lieux d'élection de ces troubles trophiques sont principalement les sourcils à leur partie externe ; la barbe, les poils du pubis s'éclaircissent s'il s'agit d'un adulte, ne poussent pas s'il s'agit d'un adolescent. Avant leur chute, les poils deviennent quelquefois secs, rugueux et cassants, mais les cheveux sont toujours respectés, à l'inverse de ce qui se passe dans la syphilis. Les ongles subissent aussi des modifications ; tantôt ils tombent, tantôt ils présentent un aspect rugueux et inégal. Il faut penser à la lèpre aussi lorsqu'un sujet présente une amyotrophie disposée symétriquement à l'extrémité des membres et en particulier lorsque au niveau des mains le premier interosseux dorsal et les muscles des éminences thénar et hypothénar ont fondu sans qu'il y ait, à proprement parler, de paralysie, mais une simple diminution de la contraction musculaire proportionnelle au degré d'atrophie. Tous ces troubles trophiques devront être recherchés avec soin car ils constituent d'excellents signes ;

e) Le signe de la percussion douloureuse du professeur Le Dantec est important à connaître dans la pratique, car il sert au début à dépister la lèpre et pendant le cours de la maladie à délimiter le champ des régions envahies. Il se recherchera en percutant tout le corps du sujet avec l'extrémité des doigts fléchis. Dès qu'on arrive dans une zone infectée de lèpre, même si la peau paraît intacte, le sujet accuse une douleur vive au niveau de la région percutée. Au début, les os sont surtout sensibles à la percussion, mais plus tard, quand le processus lépreux tend à se généraliser, les autres tissus, comme les tendons, les ligaments et même les téguments, deviennent sensibles à la percussion ;

f) Le docteur Robineau attire l'attention sur un phénomène qu'il appelle le signe du pli : « Dès leur apparition, les macules lépreuses correspondent à une infiltration diffuse du derme,

infiltration qui est facilement décelée de la façon suivante. Il suffit de comparer l'épaisseur d'un pli de la peau prise entre le pouce et l'index au niveau d'une tache lépreuse avec celle d'un pli formé de même façon dans une région saine, symétrique ou avoisinante. La différence est toujours marquée, l'infiltration maculaire étant plus épaisse, plus ferme que la peau saine. »

g) La palpation des sourcils, du lobule de l'oreille, des fesses... permettra de rencontrer de petits nodules lépreux cachés dans l'épaisseur de la peau où ils donnent aux doigts la sensation de grains de plomb. Quelquefois même, on trouvera une infiltration lépreuse en nappe de la peau;

h) La rhinite lépreuse est, en général, un signe précoce; quelquefois même, elle paraît être l'accident initial. Cette rhinite est tenace et s'accompagne d'une hypersécrétion abondante et d'épistaxis. Il y a intérêt, en cas de diagnostic douteux, à faire la recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal et dans la muqueuse pituitaire qui est souvent, à sa partie inférieure, le siège d'une infiltration lépromateuse. Lorsque la rhinite n'existe pas, on peut essayer de provoquer un coryza par l'administration de 3 grammes d'iodure de potassium et rechercher alors le bacille de Hansen dans l'écoulement nasal.

Voici comment il faut procéder : après avoir insensibilisé et anémié la muqueuse pituitaire, en introduisant dans la narine un tampon de coton imbibé d'une solution de cocaïne et d'adrénaline, on gratte vigoureusement et l'on entame, avec une curette tranchante stérilisée, la portion de la muqueuse nasale qui tapisse la cloison immédiatement au-dessus du vestibule de la narine. Les lambeaux de muqueuse ainsi obtenus sont écrasés, laminés et étirés entre deux lames de verre, puis colorés par la méthode de Ziehl.

Les bacilles de la lèpre se distinguent des autres acido-résistants par leur tendance à se grouper en boules épineuses ou globi. C'est là une bonne méthode, rapide, facile, très souvent

efficace, et qui contribue à établir le diagnostic sans avoir recours aux prélèvements biopsiques de ganglions ou de fragments de nerfs qui constituent de véritables interventions d'une pratique pas toujours possible. Mais il est évident que tout cela ne pourra se faire que plus tard, au laboratoire, car nous avons toujours en vue le médecin de recrutement isolé dans la brousse.

CHAPITRE III

Observations cliniques.

Nous classerons ces observations cliniques en deux parties :

- a) Celles dont la recherche du bacille de Hansen a été positive;
- b) Celles dont la recherche du bacille de Hansen a été négative.

A. — Observations cliniques dans lesquelles la recherche du bacille de Hansen a été positive.

OBSERVATION I

S... V..., 20 ans. Originaire de la Haute-Volta. Soldat au 4^e R. T. C. Huit mois de service militaire.

Cet homme prétend être malade depuis dix mois, par conséquent, deux mois avant son incorporation.

Début par une érosion siégeant au niveau de la face cutanée et de la face muqueuse de la narine gauche, accompagnée d'un léger coryza, très légèrement sanguinolent.

Actuellement, présente sur le nez un épaississement des téguments avec enduit croûteux. Au niveau de l'oreille gauche, on note des lésions identiques. A la face antérieure de la cuisse droite, présence de deux médaillons légèrement surélevés et épaissis, peau infiltrée au-dessous. Placard surélevé hypochromique, anesthésique à la piqure, à la face externe de la cuisse gauche. Hypoesthésie nette, rubanée, le long de la face externe de la cuisse gauche, ainsi que

thermoanesthésie. La percussion de l'épine de l'omoplate gauche est douloureuse. Adénopathie inguinale bilatérale. Adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

Rien d'anormal au niveau des nerfs cubitaux.

Examen du mucus nasal : Présence de bacilles de Hansen.

Diagnostic : Maladie de Hansen bactériologiquement confirmée.

Présenté à la Commission de réforme et réformé.

OBSERVATION II

B... Y..., 21 ans. Né à Buidi-Brignan (Côte d'Ivoire). Soldat au 4^e R. T. C. Treize mois de service militaire.

Il y a trois mois environ, prétend le malade, presque simultanément, aux bras et aux cuisses survinrent de grands placards à bords arrondis et légèrement en relief, régulièrement cycliques. Au niveau du pouce droit, ulcération suppurante et indolore (panaris analgésique). Ongles déformés. Tubercules au niveau de la face antérieure du nez. Coryza de la narine droite et rhinite congestive très prononcée.

Plaques hypochromiques rouge brun, limitées par un bourrelet périphérique siégeant en divers points du corps, particulièrement sous le sein droit, à la face externe du bras gauche et de l'avant-bras droit. Large placard à la face externe de la cuisse gauche. En arrière, au niveau des bras et des avant-bras, de la région lombaire et des fesses, macules et plaques de même aspect. Les nerfs cubitaux sont peu douloureux à la pression, mais très augmentés de volume, ils ont le calibre d'un gros crayon. Marche caractérisée par un steppage typique du membre inférieur gauche. Pas d'épaississement du sciatique poplité externe. Polyadénopathie au niveau de la région cervicale droite.

~ Réaction de Bordet-Wassermann : Positive.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Examen d'un frottis de l'ulcération du pouce : Présence de bacilles de Hansen.

Diagnostic : Lèpre mixte confirmée.

A présenter à la Commission de réforme pour maladie de Hansen.

OBSERVATION III

M... T..., 20 ans. Né à Nabori (Haute-Volta). Soldat au 4^e R. T. C.
Début remonterait à plusieurs mois.

Lésions cutanées de la face, hypochromiques, squameuses au pourtour des lèvres, sur les joues et à la racine du nez. Celui-ci semble légèrement tuméfié. Pas de granulations perceptibles. Douleur éveillée par la percussion au niveau de la colonne vertébrale lombaire et du sacrum sans possibilité de localisation précise. Au niveau de la hanche droite, point très douloureux rétro trochantérien. La percussion des deux épines des omoplates est très douloureuse. La palpation des masses musculaires des cuisses est aussi, mais plus légèrement, douloureuse. Les articulations sont libres. La radiographie pratiquée ne décèle rien au niveau des vertèbres, du sacrum, ni des hanches. Hypoesthésie à la piqure manifeste de presque toute la surface du corps. Une petite plaque achromique de la région crurale gauche est particulièrement anesthésique à la piqure et à la chaleur.

Réflexes tendineux normaux (légère douleur à la percussion des tendons rotuliens).

Pas de Babinski, pas d'Argyll-Robertson. Pas de névromes cubitaux ou cruraux.

Ganglions sus-épitrochléens gauches, inguinaux et cruraux hypertrophiés.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Biopsie d'une plaque de la face : Présence de bacilles de Hansen.

Réaction de Bordet-Wassermann : Positive.

Diagnostic : Lèpre nerveuse.

Traitement : Éparseno et injections d'huile de Chaulmoogra.

Réformé. A rapatrier.

OBSERVATION IV

B... M..., 21 ans. Né à Dagoma, Cercle de Tombouctou (Soudan).
Soldat au 4^e R. A. C. Deux ans de service militaire.

A la face latérale de la fesse droite, présence d'une plaque ovale

de 10 centimètres environ de diamètre, nettement achromique et anesthésique à la piqure.

La percussion de la clavicule gauche est douloureuse.

Réaction de Bordet-Wassermann : Positive.

Recherche du bacille de Hansen dans les sécrétions nasales : Positive.

Diagnostic : Lèpre tuberculeuse.

A présenter à la Commission de réforme. Réformé. Rapatrié.

OBSERVATION V

(Nous citons cette observation, bien que ce malade n'appartienne pas à l'armée coloniale, parce qu'elle nous paraît d'un grand intérêt.)

M... G..., 20 ans. Né à Cayenne (Guyane française). Matelot.

Le malade raconte son histoire qu'on peut résumer de la façon suivante : Né à Cayenne en 1904, y est demeuré jusqu'en 1917, bien portant. Père décédé à Cayenne en 1917 (sans diagnostic précis). Mère en bonne santé. Une sœur bien portante. Une autre sœur morte en Corse (pas de diagnostic certain, mais peut-être d'infection hansenienne). Pas de fausses couches de la mère qui n'eut pas d'enfants morts en bas âge.

Engagé volontaire en septembre 1921. Aucune maladie jusqu'en juillet 1923. Le malade nie très sincèrement toute atteinte de syphilis. Sa bonne foi ne paraît pas pouvoir être suspectée. En juillet 1923 se présente à la visite médicale, à bord du *Courbet*, pour « plaie contuse de la face plantaire du gros orteil gauche ». Envoyé à l'Hôpital de Saint-Mandrier avec le diagnostic de « mal perforant plantaire » en sort incomplètement guéri pour être envoyé à Beyrouth en décembre 1923. Au début de 1924, admis à l'Hôpital Saint-Jean de Beyrouth, est traité avec deux séries de novarsénobenzol et vingt piqûres de cyanure de mercure, malgré plusieurs Wassermann négatifs et une ponction lombaire normale. Aucune amélioration. Rapatrié et hospitalisé à l'Hôpital Sainte-Anne de Toulon en 1925.

Examiné à l'arrivée, on constate une ulcération arrondie, du volume d'un pois, atone, recouverte d'un épiderme corné brunâtre, percé d'un pertuis qui laisse couler un peu de sérosité. Ce mal per-

forant est absolument indolore et peut être cureté sans que le malade éprouve aucune sensation de gêne. Cette anesthésie s'étend d'ailleurs à tous les orteils (thermo-analgésie et anesthésie à la piqure).

On constate, en outre, au pied gauche une macule hyperémique siégeant au niveau du bord interne, à contour arrondi. La sensibilité thermique et douloureuse est abolie dans presque tout le reste du pied.

A la face : Macules hyperémiques, sans troubles nets de la sensibilité. Le visage a un aspect « figé » sans expression.

A la face antérieure de l'abdomen : Quelques macules hyperémiques légèrement surélevées sans troubles nets de la sensibilité.

Aux avant-bras : Papules folliculaires miliaires de coloration cuivrée ou érythémateuse, arrondies, finement plissées, légèrement brillantes, groupées en bouquets ou en figures polycycliques dessinant des arabesques.

A la face postérieure : Quelques macules érythémateuses nettement thermo-anesthésiques.

Face postérieure du thorax : A gauche, ligne pigmentaire brune polycyclique de 3 à 4 millimètres de largeur.

Aux fesses : Sur chaque fesse, présence de figures circulaires ou ovalaires dont la circonférence est constituée par un liseré en partie achromique et en partie érythémateux de 2 à 10 millimètres de large. Cette bordure est nettement thermo-anesthésique et centrée d'une région anesthésique à la piqure. A la fesse gauche, présence d'un petit nodule de la grosseur d'un grain de blé.

Pas d'hypertrophie des nerfs cubitiaux. Pas de coryza. Pas d'hypertrophie de la rate.

Un frottis du liquide suintant au niveau du mal perforant montre la présence du bacille de Hansen.

La réaction de Wassermann est devenue positive.

Examen le 5 juin 1925 : Même état, mais, en plus, présence sur la face dorsale du pied gauche d'une exfoliation en larges lamelles s'enlevant facilement au centre de la lésion. Cette zone desquamante coïncide à peu près avec la macule érythémateuse ci-dessus décrite. Ces lamelles épidermiques, aux bords de la lésion, sont plus adhé-

rentes qu'au centre. Leur ablation par arrachement, assez laborieuse, montre leur face profonde, hérissée de petits cônes épidermiques plongeant dans le derme.

Examen le 7 août 1925 : Apparition de macules hyperchromiques à la face palmaire des mains et des doigts, et donnant au malade la sensation de fourmillements à l'occasion des mouvements. Ces macules sont nettement anesthésiques à la chaleur et à la piqure.

Traitement : Novarsénobenzol et cyanure de mercure n'ayant donné aucune amélioration des lésions qui, au contraire, sont en voie d'évolution.

Injectons d'huile de Chaulmoogra et d'eucalyptol.

Diagnostic : Lèpre tuberculeuse au début et en voie d'évolution.

B. — Observations cliniques dans lesquelles la recherche du bacille de Hansen a été négative.

OBSERVATION VI

S... Y..., 18 ans. Né à Korhogo (Côte d'Ivoire). Soldat au 8^e R. T. C. Six mois de service militaire.

Placard à l'épaule droite de la dimension d'une « paume de main », arrondi, à centre lichenifié, bordé par un contour hypochromique d'environ 2 millimètres de large, anesthésique à la piqure et à la chaleur. Aucune infiltration.

Réaction de Bordet-Wassermann : Négative.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Traité par injections d'huile de Chaulmoogra.

Diagnostic : Lèpre maculeuse.

Réformé et rapatrié.

OBSERVATION VII

B..., 22 ans. Originaire de la Guinée française. Soldat au 8^e R. T. C. Sept mois de service militaire.

Présente au niveau du tiers moyen du bras gauche trois macules hypochromiques d'un rose brun, légèrement infiltrées ; deux sont de la dimension d'une pièce de 50 centimes, l'autre large comme une

pièce de 5 francs. Toutes sont anesthésiques à la piqure et à la chaleur.

Réaction de Bordet-Wassermann : Négative.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Diagnostic : Lèpre maculeuse.

Traitement : Injections d'huile de Chaulmoogra et d'eucalyptol.

Réformé et rapatrié.

OBSERVATION VIII

Z..., 22 ans. Né à Madagascar. Soldat au 10^e R. A. C. Deux ans de service militaire.

Début par taches érythémateuses à disposition longitudinale et reposant sur un œdème considérable occupant l'avant-bras et le tiers inférieur du bras droit.

Placard rosé, large comme une pièce de 5 francs, tranchant par sa coloration avec la teinte brunâtre de la peau normale, siégeant sur la face dorsale du poignet gauche.

Nodosités dermiques érythémateuses aux quatre membres.

On note çà et là, sous la peau de la main gauche, des pieds et des deux jambes, de petits tubercules gros et durs comme des grains de plomb. Après disparition de l'œdème, on remarque que les deux nerfs cubitiaux et le nerf brachial cutané interne droit sont épaissis (comme un manche de porteplume) et moniliformes.

Granulation grosse comme une lentille à l'extrémité de la queue du sourcil droit.

Anesthésie rubanée de la face interne de l'avant-bras gauche.

Réaction de Wassermann : Négative.

Examen du mucus nasal : Absence de bacilles de Hansen.

Sous anesthésie locale, prélèvement d'un ganglion susépitrochléen gauche ; la biopsie montre l'absence de bacilles de Hansen.

Diagnostic : Lèpre mixte.

Traitement : Lavements avec :

Huile de Chaulmoogra 0,05 centigrammes.

Lait 150 grammes.

Évacué sur le camp de Fréjus en vue de rapatriement.

OBSERVATION IX

M... Y...

Le malade prétend que son affection a commencé depuis son arrivée en France.

Le nez est très écrasé sur la face. On trouve une large plaque, pas tout à fait achromique, mais d'une pigmentation beaucoup moins accusée, occupant à peu près toute l'étendue du nez et la partie sous-orbitaire de la joue droite.

La sensibilité est très difficile à chercher, le malade répondant mal; cependant, sur la plaque naso-faciale, il semble y avoir une anesthésie à peu près totale.

Plaques absolument achromiques au niveau de la fesse gauche de la partie externe de la jambe gauche et de la malléole externe droite.

Anesthésie à la piqûre sur ces plaques. Thermo-analgésie nettement accusée sur les deux plaques de la jambe gauche. Une autre grande tache achromique sur l'épaule droite et une plus petite sur l'épaule gauche.

Le nerf cubital droit est augmenté de volume d'une façon uniforme.

Réaction de Bordet-Wassermann : Négative.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Diagnostic : Lèpre mixte.

Réformé, à rapatrier.

OBSERVATION X

R..., 41 ans. Né à Tananarive (Madagascar). Soldat au 38^e R. A. C. Douze ans de service militaire.

Face présentant un début de masque léonin, presque entièrement recouverte d'une large macule érythémato-pigmentaire brun violacé tranchant sur la couleur chocolat des téguments sains. Sur cette macule, au niveau du front, quelques tubercules hanséniens. Grandes macules violacées en divers points du thorax en arrière, et en avant.

au-dessus du sein gauche, ainsi que sur les avant-bras, où elles sont alors épaissies et infiltrées.

Mêmes lésions sur les fesses et les cuisses.

Anesthésie à la piqure et à la chaleur sur les macules de l'avant-bras gauche.

Adénopathie axillaire et crurale.

Épididymes hypertrophiés et indolores.

Les deux nerfs cubitaux sont hypertrophiés (comme un crayon).

Pas d'atrophie notable des masses musculaires des mains.

Cicatrices de panaris analgésiques, avec peau adhérente à l'os, au niveau de la deuxième phalange du médius gauche et de la première phalange du pouce droit.

Réaction de Bordet-Wassermann : Négative.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Traité par l'hyrganol.

Diagnostic : Lèpre mixte mutilante.

Réformé, à rapatrier.

OBSERVATION XI

M... D... Tirailleur Bambara, ne parlant ni ne comprenant le français.

Douleurs dans le territoire du nerf cubital gauche.

Au membre supérieur gauche, on note : Deux vastes plaques achromiques, l'une occupant la partie inférieure et interne de l'avant-bras, l'autre embrassant les racines du médius et de l'annulaire et la partie correspondante de la face dorsale de la main. Cubital énorme sur une longueur de 10 centimètres au-dessus de la gouttière épitrochléo-olécranienne, très dur et douloureux à la pression.

Diminution considérable de la force musculaire dans la main gauche ; ébauche de griffe cubitale caractérisée par une flexion permanente légère du médius, plus marquée de l'annulaire et de l'auriculaire gauches.

Hypoesthésie au niveau des taches achromiques et analgésie thermique, fortement marquée au niveau de la grande plaque de l'avant-bras.

Ongles striés, déformés. Sclérodémie de l'annulaire.

Au membre inférieur gauche : Deux grandes plaques achromiques, l'une sur toute la fesse, l'autre à la face antérieure du genou avec légère thermo-analgésie.

A la face : Petites plaques achromiques de la largeur d'une pièce de 2 francs, sur le bord inférieur de la mâchoire inférieure à droite. Nodule arrondi, gros comme une noisette, sur la lèvre supérieure, à côté duquel on note la cicatrice d'une ulcération indéterminée.

Réaction de Bordet-Wassermann : Négative.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Diagnostic : Lèpre mixte.

Réformé, à rapatrier.

OBSERVATION XII

F... Originaire du Sénégal. Tirailleur au 4^e R. T. C.

Le malade assure que son père, sa mère, son frère sont atteints de la même maladie.

Début par fièvre, sans caractère propre, et lassitude. Face montre un nez tuméfié dont les narines sont très dilatées. Légère érosion sur la narine droite. Peau fortement épaissie sur le front et au niveau des oreilles. Ulcération de l'antitragus droit. Lobules infiltrés. Érosions des lèvres.

Petits lépromes au niveau des avant-bras. Peau épaissie. Petits tubercules sur l'avant-bras droit. Doigts déformés Ganglion épitrochléen tuméfié à droite.

Quelques lépromes en nappe, gros comme une pièce de 2 francs chacun. La sensibilité à la piqure est fortement diminuée au niveau de la face et de la partie interne des cuisses; elle est totalement abolie dans le reste du membre. Légère thermo-analgésie à ce niveau. Sensibilité osseuse parfaite, mais douleur à la percussion des clavicules et du frontal.

Cubital gauche non douloureux, mais nettement augmenté de volume; le droit n'est pas perceptible.

Examen du mucus nasal : Pas de bacilles de Hansen.

Diagnostic : Lèpre mixte.

Réformé, à rapatrier.

OBSERVATION XIII

Z... G..., 20 ans. Originaire de Koborou (Guinée française). Soldat au 4^e R. T. C. Dix mois de service militaire.

Début par fièvre, sans caractère régulier, avec frissons et courbatures. A présenté pendant quelque temps de la lassitude et de la somnolence, à tel point que les exercices militaires étaient difficilement pratiqués.

Période d'accalmie d'assez longue durée par la suite.

Entre à l'Hôpital Sainte-Anne, présentant une zone érythémateuse infiltrée, hyperémique, épousant à peu près la surface du dos du nez. Deux tubercules à la tête du sourcil gauche. Au niveau de ces lésions, troubles nets d'hyperesthésie à la piqure et à la chaleur. Le reste des téguments semble sain. Polyadénite cervicale et inguinale. Pas d'augmentation de volume des nerfs cubitiaux. On constate, en outre, surtout sur les bords de la lésion, des squames assez adhérentes qui sont véritablement hérissées, à leur surface profonde, de cônes épidermiques d'une longueur égalant à peu près 5 millimètres. La biopsie d'un nodule de la tête du sourcil gauche ne permet pas de déceler des bacilles de Hansen.

Réaction de Bordet-Wassermann : Négative.

OBSERVATION XIV

D... M...

Taches érythémateuses, rouges, lenticulaires, légèrement surélevées, siégeant sur le dos. Taches hyperchromiques bronzées, véritables placards larges comme une pièce de 5 francs, légèrement polycycliques sur la fesse gauche. Le centre de l'une d'elles est d'un gris cendré. Ces plaques présentent sur leurs bords de l'hyperkératose adhérente. L'ablation de ces squames est très laborieuse. Elles montrent quelques cônes épidermiques de 2 millimètres de long plongeant dans le derme.

Nerf cubital gauche gros comme un crayon dans la gouttière épitrochléo-olécraniennne.

Anesthésie à la piqure de l'auriculaire et du bord cubital de la main gauche.

Réaction de Bordet-Wassermann : Négative.

Recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal : Négative.

Réformé et à rapatrier pour lèpre mixte.

CHAPITRE IV

Commentaires des observations cliniques.

Nous pouvons dégager de la lecture de ces observations les caractères suivants :

1° Nombreux cas de lèpre. — En premier lieu, nous faisons observer qu'il est passé à l'Hôpital Sainte-Anne 17 cas de lèpre. Nous n'avons pu, malgré nos recherches, retrouver les trois observations qui nous manquent. Le chiffre de 17 est relativement important si l'on considère que nous avons affaire à une maladie rare en France et même, comparativement aux nombreuses maladies exotiques, peu fréquente dans nos colonies. Et quand on songe qu'il n'y a là que des malades appartenant à la garnison coloniale de Toulon et des environs immédiats, on ne peut s'empêcher d'être frappé par ce chiffre.

2° Répartition de l'origine géographique des cas observés. — Nous avons pensé qu'il y avait peut-être intérêt à connaître le pays d'origine de nos malades. Le tableau suivant permettra de noter que tous ces indigènes proviennent de régions où la lèpre est manifestement endémique et où elle a tendance nette à s'accroître :

Côte d'Ivoire.....	2 malades.
Guinée française.....	2 malades.
Haute-Volta.....	2 malades.
Madagascar.....	2 malades.
Soudan français.....	1 malade.
Sénégal.....	1 malade.
Guyane française....	1 malade.

Il nous a été impossible de connaître le lieu d'origine des trois autres malades.

3° Formes anatomo-cliniques des cas observés. — Continuant nos statistiques, nous avons pu établir que nos malades, au point de vue anatomo-clinique, se répartissent en :

Lèpre tuberculeuse au début.....	2 cas.
Lèpre maculeuse.....	2 cas.
Lèpre tuberculeuse en évolution.....	2 cas.
Lèpre nerveuse.....	1 cas.
Lèpre mixte.....	6 cas.
Lèpre mixte mutilante.....	1 cas.

Notons parmi ces diverses formes la fréquence relative de la lèpre mixte.

4° Apparition des symptômes de la lèpre pendant la durée du service militaire. — Un des faits les plus frappants de nos observations, et assurément celui qui semble le plus étonnant, c'est que ces malades, tous lépreux indubitables, sont relativement jeunes et n'ont à leur actif qu'un temps de service court. Le tableau que nous dressons est assez démonstratif :

- Obs. I : âgé de 20 ans; 8 mois de service militaire.
- Obs. II : âgé de 21 ans; 13 mois de service militaire.
- Obs. III : aucun renseignement.
- Obs. IV : âgé de 21 ans; 24 mois de service militaire.
- Obs. V : âgé de 21 ans; 4 ans de service militaire.
- Obs. VI : âgé de 18 ans; 6 mois de service militaire.
- Obs. VII : âgé de 22 ans; 7 mois de service militaire.
- Obs. VIII : âgé de 22 ans; 24 mois de service militaire.
- Obs. IX : aucun renseignement.
- Obs. X : âgé de 41 ans; 12 ans de service militaire.
- Obs. XI : aucun renseignement.
- Obs. XII : aucun renseignement.
- Obs. XIII : âgé de 20 ans; 10 mois de service militaire.
- Obs. XIV : aucun renseignement.

Ainsi, nous voyons qu'exception faite pour ceux dont nous n'avons aucun renseignement et pour le malade n° 10 tous les autres sont jeunes et n'ont été recrutés que depuis peu de mois. Cela ne prouve évidemment pas qu'ils étaient déjà malades ou

tout au moins porteurs de signes avant leur incorporation. Mais ces faits démontrent que la plus grande attention doit être apportée dans l'examen de ces hommes au moment de leur incorporation. Toutefois, il n'y a rien d'impossible à ce que ces jeunes gens aient présenté déjà avant leur recrutement des signes de lèpre. L'observation I semble le faire croire puisque ce malade prétend avec bonne foi qu'il est malade depuis dix mois déjà, c'est-à-dire deux mois avant son incorporation. Sans doute ne devait-il pas présenter des phénomènes très apparents puisque les médecins qui l'ont examiné n'ont pas eu leur attention attirée de ce côté.

Un autre malade (celui de l'Obs. IX) nous apprend que sa maladie a commencé après son arrivée en France. On pourrait croire qu'il a été contaminé par des compatriotes malades. Mais dans l'état actuel de nos connaissances, si nous ne pouvons rien affirmer quant au mode de contamination, nous pouvons cependant penser qu'il n'a pas dû en être ainsi. Il est classique d'admettre, en effet, qu'il faut une période d'incubation d'une très longue durée pouvant certainement se chiffrer par des années, avant que les premiers signes de la lèpre apparaissent. Par conséquent, ce malade finissait seulement sa période d'incubation quand il a été appelé sous les drapeaux. Par contre, le malade n° 10, âgé de 41 ans et ayant déjà douze ans de service, aurait pu fort bien ne pas être contaminé avant son arrivée à la caserne. Et alors peut-être a-t-il contracté sa maladie avant son service. Mais, bien certainement, s'il ne nous est pas interdit d'y penser, rien ne nous permet d'admettre cette hypothèse.

Enfin, dans nos 14 observations, 2 malades seulement ont pu fournir des antécédents héréditaires : Le malade n° 5, né à Cayenne, pays riche en lèpre, a perdu son père et sa sœur. Et d'après le rapport du malade, il semble bien que ce fût à la suite de lésions lépreuses. Le malade n° 12 est plus affirmatif. Il assure que son père, sa mère et son frère sont atteints de la même maladie.

5° Rareté des cas où on a pu constater la présence du bacille de Hansen dans les lésions lépreuses, relativement

à la proportion des cas examinés. — Le fait qui frappe particulièrement quand on examine d'une façon attentive les observations que nous avons recueillies, c'est la rareté des cas où le laboratoire a pu trouver des bacilles de Hansen. En effet, dans ces 14 observations, 5 seulement permettent un diagnostic certain, grâce à la présence du bacille de Hansen. Les 9 autres sont absolument négatives. Et cependant, les procédés de laboratoire les plus recommandés ont été employés. Les prélèvements ont été faits avec une grande minutie, le coryza ioduré a été provoqué avec une dose d'iodure de potassium suffisante, les colorations les plus diverses ont été pratiquées. Nous nous sommes servi pour colorer les coupes et les frottis du violet de méthyle en solution phéniquée préconisé par M. le professeur Le Dantec, de la coloration par la méthode de Gram, de la coloration par le Ziehl-Neelsen et par la méthode de Baumgarten. Par conséquent, nous sommes absolument certain de n'avoir rien négligé qui pût nous être utile pour établir un diagnostic bactériologiquement confirmé. Car il est évident que dans toutes nos observations, le diagnostic ne peut être mis en doute d'après l'examen clinique de nos malades. La présence de taches hyperémiques, hyperchromiques ou achromiques, l'anesthésie à la piquûre, la dissociation de la sensibilité thermique et douloureuse, la présence de troncs nerveux doublés ou triplés de volume, enfin un masque léonin plus ou moins bien nettement sculpté, assurent un diagnostic qui est largement suffisant pour permettre aux commissions de réforme d'exclure de l'armée ces malades et de les renvoyer chez eux.

Mais ne faut-il voir là que le résultat d'un hasard malheureux ; ou bien ne serait-ce pas un fait sur lequel les auteurs ne semblent pas avoir assez insisté ?

Si nous consultons le Congrès de dermatologie de Paris (1889), nous voyons que Unna et Bœck n'ont pu trouver le bacille dans les érythèmes et les pigmentations de la lèpre maculeuse.

Ducastel et Hallopeau ont aussi « fini par admettre » qu'on ne peut rejeter le diagnostic de lèpre par suite de l'absence du

bacille spécifique, car la biopsie fut souvent négative chez quelques lépreux incontestables (Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, 8 février 1894).

Nous savons aussi que Kaposi et Carl Brutzer (de Riga) n'ont pu trouver le bacille de Hansen même chez des lépreux tubéreux ayant des infiltrations, des lépromes du front, du tronc et des extrémités. Le malade de ce dernier avait 75 ans (Conférence de Berlin, 1896).

Et Darier aussi publia une observation de lèpre maculeuse sans bacilles (Mémoire présenté à la Conférence de Berlin en 1896).

En 1900, Hansen rapporta lui-même un fait identique dans la « Bibliothèque internationale ».

Dans une publication faite dans les *Archives de Virchow* (1902), Hansen et Looft ont admis, après longue réticence, la lèpre sans la découverte du bacille dans les lésions, ce qu'ils niaient auparavant. L'examen des nerfs des lépreux anesthésiques leur a toujours donné des résultats négatifs. « Mais, disent-ils, les bacilles ont existé et ont disparu à cause de l'ancienneté de la maladie. » « C'est là une pure hypothèse, leur répond Zambaco Pacha, car ils n'ont point fait des expériences qui les autorisaient à formuler cette opinion; pour ce faire, il aurait fallu constater le bacille chez des lépreux anesthésiques débutants et ne plus le retrouver chez ces mêmes malades, lorsque la lèpre aurait vieilli chez eux. »

Au Congrès tenu à Bergen en 1904, le docteur Lie a soutenu aussi que la lèpre maculo-anesthésique présente à ses débuts des bacilles spécifiques qui, bien qu'en petit nombre, provoquent les phénomènes locaux. Mais bientôt ils disparaissent des macules, tout en persistant dans le système nerveux. Il les aurait trouvés dans les parties terminales des nerfs périphériques, dans les ganglions spinaux et dans la moelle.

Le docteur Lancelin, médecin principal de la Marine, chef du laboratoire de bactériologie à l'Hôpital maritime de Toulon, nous a rapporté qu'en 1916 il eut l'occasion de recevoir à Brest un convoi de plus de 60 lépreux évacués du front. Ces malades,

envoyés par les soins du Service de Santé militaire, étaient porteurs de signes absolument incontestables et le diagnostic ne pouvait faire aucun doute. Tous avaient été déjà vus par plusieurs commissions et plusieurs centres de bactériologie. Le docteur Lancelin les examina tous très soigneusement et, d'accord avec les divers laboratoires militaires, ne put retenir que 6 malades présentant des bacilles de Hansen décelables au microscope. « Et, nous a-t-il dit, j'ai eu maintes fois l'occasion de renouveler cette constatation. »

En 1923 (III^e Conférence internationale de la lèpre), Pautrier et Boez, à propos d'un cas de lèpre tuberculoïde, n'ont pu déceler aucun bacille de Hansen ni même un seul acido-résistant après l'examen prolongé de coupes nombreuses et de plusieurs frottis.

Nous nous permettons donc de conclure que si la présence du bacille de Hansen confirmée permet un diagnostic d'une certitude absolue, sa non-découverte par le laboratoire est fort regrettable, mais ne peut, en quoi que ce soit, infirmer le diagnostic et par là le traitement, pourvu que, bien entendu, les signes cliniques soient suffisamment nets et nombreux.

Nous avons essayé de contrôler la contre-hypothèse. Examinant les malades hospitalisés dans la même salle que ces lépreux (blancs et Africains), nous avons recherché si ceux-ci ne seraient pas des porteurs sains de bacilles. Nous n'avons rien trouvé qui puisse confirmer cette recherche. Cependant cela n'était pas impossible. En effet, les individus qui fréquentent les lépreux tubéreux peuvent présenter des bacilles de Hansen dans le mucus nasal sans être lépreux eux-mêmes, comme cela a lieu pour les bacilles de Koch, d'Eberth, etc...

6^e Échec du coryza ioduré. — Un procédé pour déceler le bacille de Hansen après divers insuccès consiste, suivant le conseil de Leredde et Pautrier, à faire ingérer au malade 4 grammes d'iodure de potassium un ou deux jours avant l'examen.

Nous avons essayé à notre tour, et à maintes reprises nous avons donné à nos malades une solution de 4 grammes d'iodure

de potassium pendant deux jours. Le surlendemain, nous avons recueilli, avec les précautions d'usage, le mucus nasal. Celui-ci examiné n'a jamais montré de bacilles de Hansen. Que faut-il en penser? Y a-t-il une faute de technique de notre part? Ou bien sommes-nous tombé sur des cas malheureux? Nous sommes prêt à croire que si la méthode a pu fournir certains résultats favorables, elle est loin de présenter un caractère infaillible.

7° **Y a-t-il un rapprochement à faire entre la réaction de Wassermann et les résultats de la recherche du bacille de Hansen?** — Il est de notion classique d'admettre que la réaction de Bordet-Wassermann (méthode d'Hecht) est souvent positive chez les lépreux. Systématiquement, nous avons fait pratiquer la recherche de cette réaction chez la plupart de nos lépreux. Les résultats ont été les suivants :

Observations.	Réaction de Wassermann.	Recherche du B. de Hansen.
I	N'a pas été faite.	Positive.
II	Positive.	Positive.
III	Positive.	Positive.
IV	Positive.	Positive.
V	Positive.	Positive.
VI	Négative.	Négative.
VII	Négative.	Négative.
VIII	Négative.	Négative.
IX	Négative.	Négative.
X	Négative.	Négative.
XI	Négative.	Négative.
XII	N'a pas été faite.	Négative.
XIII	Négative.	Négative.
XIV	Négative.	Négative.

Nous voyons donc que :

a) Deux fois la réaction de Wassermann n'a pas été recherchée, alors que dans l'observation I la recherche du bacille de Hansen est positive et dans l'observation XII la recherche du bacille de la lèpre est négative;

b) Dans tous les autres cas, à une réaction de Wassermann

positive correspond une recherche positive de bacilles lépreux; et à une réaction de Wassermann négative correspond une recherche négative de bacilles lépreux.

Grâce à la complaisance de M. le Médecin-chef de l'Hôpital maritime de Cherbourg, nous avons pu avoir l'observation suivante :

X..., tirailleur malgache, âgé de 22 ans, né à Ampatsakana (Madagascar), présente sur le corps et la face de petites surfaces de dépigmentation légèrement vésiculaire sur leurs bords vaguement circinés.

Wassermann : Très fortement positif. Présence de bacilles de Hansen dans le mucus nasal. Évacué sur l'Hôpital de Fréjus en vue de rapatriement.

Cette observation vient à l'appui de notre hypothèse.

Peut-on tirer une conclusion ? A notre avis, il semble que la réaction de Wassermann est positive dans les lèpres où le bacille de Hansen est décelable; tandis qu'elle est négative ou douteuse dans les lèpres sans bacille lépreux décelable. Simon, dans un article du *Bulletin de la Société de pathologie exotique* (mai 1925), semble arriver aux mêmes conclusions. Peut être pourrait-on, avec les réserves qui s'imposent, en pratiquant simplement la recherche systématique de la réaction de Wassermann, arriver à se rendre compte si l'on a affaire à une lèpre à bacilles décelables ou non.

Nous n'avons pas la prétention de conclure, à la suite des quelques observations énoncées, trop peu nombreuses, et, par suite, insuffisantes, mais il nous semble que cette recherche de réaction de Wassermann pourrait être continuée parallèlement à celle du bacille lépreux afin de vérifier la proposition que nous énonçons.

8° **Signe de la Herse.** — Nous ne voulons pas terminer cette brève étude sur la lèpre sans signaler les recherches particulières sur ce sujet, faites en collaboration par M. Busquet, médecin principal, directeur du service de dermatologie de l'Hôpital Sainte-Anne, et par notre ami le docteur Esquier, médecin de 1^{re} classe, chef de clinique du même service. Ils

ont bien voulu nous montrer un phénomène qu'ils ont étudié et qu'ils ont rencontré sur trois de nos malades. Dans les autres cas, il n'a pas été recherché. Nous leur laissons cependant sur ce signe leur entière responsabilité.

Si, à la périphérie d'une macule ou d'une lépride cutanée, on saisit avec une pince à griffe une parcelle de l'épiderme même non exfolié et qu'on la tire avec précaution, on arrache sans douleur une squame plus ou moins large. Celle-ci a toujours une épaisseur d'environ 4 ou 5 millimètres. On trouve à sa surface profonde des prolongements épidermiques pénétrant dans des puits du derme, d'une longueur variable de 3 à 6 millimètres, blanchâtres, parfois nacrés, qui, vus à jour frisant, rappellent les dents d'un peigne. Si on les regarde horizontalement, ces prolongements offrent l'aspect d'une herse. Une de ces squames prélevées sur le nez d'un de nos malades, après inclusion dans de la paraffine, a été l'objet de coupes sérieées, colorées à l'hématéine éosine par la méthode habituelle, puis étalées sur lames. L'examen microscopique a montré seulement une formation épidermique avec cellules cornées à la périphérie. Sur une autre de ces coupes, on a pratiqué une coloration qui n'a pas permis de déceler la présence de bacilles de Hansen.

Il ne semble pas que la présence de ces squames avec prolongements épidermiques soit particulière à la lèpre, puisqu'on en trouve d'à peu près semblables dans le lupus érythémateux et dans le lichen corné hypertrophique. Mais cependant nous avons noté que ces squames semblent particulières au début de la maladie, car, d'abord très larges et adhérant fortement aux plans profonds, elles deviennent de plus en plus petites avec la progression de l'affection et se détachent plus facilement en laissant au-dessous une cicatrice blanche.

CONCLUSIONS

Il résulte de notre travail les faits suivants :

1° Des cas nombreux de lèpre sont observés chez les noirs recrutés particulièrement en Afrique ;

2° Il y a lieu d'attirer l'attention des médecins recruteurs sur les dangers que présente l'introduction de ces éléments morbides parmi les troupes saines. Ils ne rendent aucun service au point de vue militaire et, en dehors du danger de la contagion, occasionnent des dépenses considérables pour le Trésor. Aussi, dans chaque chef-lieu des colonies, des médecins parfaitement instruits dans l'étude de la lèpre devraient soumettre les contingents à un deuxième triage avec la collaboration de laboratoires compétents ;

3° Il est un fait important demandant à être vulgarisé, c'est que la constatation par le laboratoire du bacille de Hansen dans les lésions lépreuses n'est pas absolument nécessaire pour affirmer le diagnostic de lèpre, si les symptômes cliniques sont suffisamment précis ;

4° Une thérapeutique de longue haleine, demandant des années de traitement, ne peut être tentée dans un hôpital métropolitain. La seule action militaire est la réforme et le rapatriement.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

D^r LE DANTEC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 novembre 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de dermatologie.

Annales d'hygiène et de médecine coloniales.

Annales de médecine et de pharmacie coloniales.

Archives de médecine et de pharmacie navales.

ARNOZAN et CARLES. — Précis de thérapeutique.

CONGRÈS colonial de Marseille, septembre 1922.

CONFÉRENCE de Berlin, 1896.

CUSSEC (Jean). — Thèse de doctorat, 1920.

DELAMARE et ARCHITOW. — *Bull. Soc. path. exot.*, juillet 1925.

DOPTER et SACQUEPÉE. — Précis de bactériologie.

DUBREUILH (W.). — Précis de dermatologie.

DUCASTEL et HALLOPEAU. — Société de dermatologie et de syphilis de Paris, 1894.

GENEVRAY. — Lèpre en Nouvelle-Calédonie. *Bull. Soc. path. exot.*, 1925.

GOUZIEU et ABBATUCCI. — Prophylaxie de la lèpre en France. *Bull. Soc. path. exot.*, 1923.

GRALL et CLARAC. — Traité de pathologie exotique.

GUILLOU. — Manuel de thérapeutique clinique des maladies tropicales.

GUIRAUD. — Précis d'hygiène.

JEANSELME. — Pratique dermatologique, t. III.

— Étiologie de la lèpre. *Bull. Soc. path. exot.*, 1911.

— Fréquence de la lèpre parmi les recrues coloniales. *Bull. Soc. path. exot.*, 1916.

— Bactériologie et étiologie de la lèpre. In *Presse médicale*, 9 septembre 1911.

- JEANSELME et VERNES. — Réaction d'Eitner et de Wassermann dans la lèpre. *Bull. Soc. path. exot.*, 1915.
- LEBOEUF. — Diagnostic de la lèpre. *Bull. Soc. path. exot.*, 1912.
- LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique, 4^e édition.
- LELOIR. — Traité de la lèpre.
- LIE. — Congrès de la lèpre de Bergen, 1904.
- MANITO GUILLEN. — Diagnostic précoce de la lèpre. III^e Conférence internationale de la lèpre, Strasbourg, 1923.
- MAURISSEAU. — Société d'hygiène et de médecine tropicales, 1923.
- MARCHOUX. — Rapport au Conseil supérieur d'hygiène sur la prophylaxie de la lèpre, 1925.
- MARTIN et DEKESTER. — *Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*, 1924.
- MATHIS JEANSELME. — Réaction de Wassermann dans la lèpre. *Bull. Soc. path. exot.*, 1914.
- MOREAU. — Léproseries des Comores. *Bull. Soc. path. exot.*, 1914.
- MORIN. — Lèpre dans le Djoloff. *Bull. Soc. path. exot.*, 1924.
- *Revue pratique des maladies des pays chauds*, 1924, n^o 6.
- NEVEU LEMAIRE. — Parasitologie humaine.
- PATRICK MANSON. — Tropical diseases.
- PAUTRIER et BOEZ. — Lèpre tuberculoïde. III^e Conférence internationale de la lèpre, Strasbourg, 1923.
- ROBINEAU. — La lèpre dans la circonscription d'Ebolowa. *Bull. Soc. path. exot.*, 1923.
- ROUSSEAU. — Transmission de la lèpre. *Bull. Soc. path. exot.*, 1915.
- ROUX. — Traité pratique des maladies des pays chauds.
- SIMON. — Lèpre et réaction de Wassermann. *Bull. Soc. path. exot.*, 1925.
- THÉZÉ. — Lèpre en Guyane française. *Bull. Soc. path. exot.*, 1916.
- TROISIÈME Conférence internationale de la lèpre, Strasbourg, 1923.
- UNNA et BOECK. — Congrès de dermatologie de Paris, 1889.
- ZAMBACO PACHA. — La lèpre, édition 1916.

